

Sociální fobie v dětství

doc. MUDr. Eva Malá, CSc.

Neurologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha

Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov

Při stanovování patologické úzkosti u dětí je nutné brát v úvahu aspekt vývojový, maturační, sociální a komunikativní. Behaviorální inhibice (extrémní plachost) je temperamentově stálou charakteristikou, bývá spojena s narušením rozpoznávání emočních obličejových výrazů a je určena biologickými markery. Odráží specifickou vulnerabilitu pro vznik neurotických poruch. Děti s úzkostným temperametem trpí behaviorální inhibicí spojenou s přetrvávajícím strachem a zřetelnou tělesnou reakcí na stres. V adolescenci pak mají zvýšené riziko vzniku úzkosti, deprese a poruch spojených se zneužíváním návykových látek. Léčba je vždy komplexní – psycho-, farmako-, socioterapeutická.

Klíčová slova: behaviorální inhibice, emoční obličejové výrazy, symptomy, léčení.

Social phobia in children

When diagnosing pathological anxiety in children one needs to consider the following aspects: development, maturity, society and communication. Behavioral inhibition/extreme shyness/is a permanent temperament trait, often combined with poor recognition of emotional facial expressions. It is defined by biological markers and reflects a specific susceptibility to neurotic disorders. Children with anxiety suffer from a behavioral inhibition related to persistent fear and show a marked body reaction to stress. In adolescence such children will be at higher risk of chronic anxiety, depression and substance abuse. A treatment would include a combination of psychotherapy, pharmacotherapy and sociotherapy.

Key words: behavioral inhibition, emotional facial expressions, symptoms, treatments.

Pediatr. praxi 2011; 12(2): 76–78

Sociální fobie dle DSM-IV (1) je úzkostnou poruchou, která je charakterizována úzkostí ze sociální interakce a společenských situací a následným vyhýbavým chováním. Jde o vážnou duševní poruchu, u které je vysoké riziko zneužívání alkoholu a komorbidních somatických onemocnění včetně infarktu a diabetu.

Jedinci se obávají, že budou druhými pozorováni, kritizováni, hodnoceni, odmítnuti pro jejich vzhled, oblečení, proto, že udělají ten nejhorší dojem. Mají strach, že se přestanou ovládat, že „zpanikaří“ a situaci nezvládnou. Proto nechodí na zkoušky, na pohovory, konkurzy, do společnosti, nezvou si návštěvy. Mohou mít problémy s hledáním partnerů, s nakupováním, mluvením na veřejnosti, s telefonováním, se společným stravováním apod. Sociální fobie je obvykle spojena s nízkým sebehodnocením a až ve 40 % se vznikem deprese – včetně sebevražedných pokusů a vyhýbání se situacím, které vzbuzují úzkost.

Symptomy sociální fobie u dětí a adolescentů

Při stanovování patologické úzkosti u dětí je nutné brát v úvahu aspekt vývojový, maturační, sociální a komunikativní. Aspekt vývojový je jedním z nejdůležitějších, tzn. zjistit vývojový stupeň, kdy je mozek schopen určitého racionálního či iracionálního konstruktů hrozby, která vyvolá úzkost, obavy nebo strach, či kdy je dítě již schopné rozpoznat specifický kontext, který vytváří ohrožující situace.

V běžném vývoji dítěte, v období 2 až 4 roky, je strach ze všeho neznámého, tudíž i z neznámých osob, fyziologický. Pediatr by měl zkoumat *faktor maturační*, tj. zda dítě již zvládlo, nebo nezvládlo kategorii známé x neznámé (strach z neznámých lidí, objektů, situací), kde je úzkost důležitá pro přežití dítěte, které by se jinak vrhlo bezhlavě do nebezpečí. Nezvládnutí kategorie živé x neživé se podílí na vytváření jak sociální fobie, tak specifických fobií (pavouci, rajska polévka, tma, zloději, monstra atd.). Sociální úzkost zde hraje důležitou úlohu, která umožňuje socializaci a akulturaci. Kolem 4. roku je největší rozvoj fantazijní složky a obě předešlé kategorie by měly být zvládnuty, tudíž i strach z lidí u dětí s normálním psychomotorickým vývojem by měl ustupovat do pozadí. Patologický je stálý nebo navracející se strach – z cizích lidí anebo vyhýbání se jim při celkem dobrém vztahu k rodičům a známým. Transitorní mírná sociální úzkost je vývojový fenomén, aktivující archetypální složky příslušející určitému vývojovému období. Souvisí s vývojovým konceptem finality smrti, s psychologickým a kognitivním věkem určujícím schopnost dítěte pochopit obsah pojmu smrti. Kognitivní bod pochopení smrti jako jasné nevratnosti života, jako definitivního konce je ve věku 9–12 let. Od tohoto konceptu se odvíjejí odlišné symptomy různých úzkostných poruch u dětí, které jsou rozdílné od příznaků v dospělém věku. Dále je to *faktor komunikativní* – kde zpočátku je většina emocí komunikována převážně „somatickým kanálem“. Je zajímavé, že tato somatizace úzkosti přetrvává

ve vysokém procentu do dospělého věku – 87 % dospělých pacientů s úzkostí si stěžuje hlavně na tělesné potíže. Další specifickostí dětského věku je *zvýšená vegetativní a emoční dráždivost se snadnou generalizací*. V dětství je přítomna daleko větší afektivní labilita s nízkou frustrační tolerancí, menším sebeovládáním a neschopností rychlé relaxace. Též je zvýšena různá lokálně specifická orgánová dispozice – jako bolesti břicha, ranní zvracení, tenzní bolesti hlavy, pocity na omdlení, zvýšená teplota, poruchy spánku, „noční můry“ atd. Porucha brání nácviu sociálních dovedností.

Vnitřní měnlivé představy o sobě, zvýšené zaměření se na tělesný vzhled, velká závislost na hodnocení okolím v adolescenci souvisí s vývojovou fází hledání identity a toto období je nejcitlivějším pro vznik sociální fobie. I nepatrný výsměch nebo ponížení vyvolá obavy a strach ze situací, ve kterých přichází v úvahu zájem cizích lidí (2).

Specifické charakteristiky anxiety v dětství

Plachost v dětství může být předpovědí sociální fobie v dospělosti a může být spojena s narušením rozpoznávání emocí v lidských tvářích. Specifická „zranitelnost“ (vulnerabilita) je daná takzvanou **behaviorální inhibicí**. Inhibice je rizikovým faktorem pro vznik neurotických poruch v adolescenci a dospělosti a zároveň temperamentově stálou charakteristikou. U dětí s behaviorální inhibicí jsou přítomny biologické

markery, které odráží specifickou vulnerabilitu pro vznik neurotických poruch. U *inhibovaných* dětí se při kognitivním úsilí objeví dilatace zornic, zvýšená tenze v oblasti laryngu, zvýšená tepová frekvence, zvýšená hladina kortizolu ve slinách a katecholaminů v moči. Inhibované děti mají v pozdějším věku vyšší výskyt psychiatrických poruch, včetně poruch anxiózně-fobických (3). *Neinhibované* děti se naopak dobře adaptují v cizím prostředí a mají bezpečný vztah k matce v útlém dětství. Jejich biologické markery jsou neměnné – tj. mají stabilní tepovou frekvenci, stabilní hladiny kortizolu v krvi a katecholaminů v moči. Při kognitivních úkolech se zvyšují tepová frekvence, ale hladiny kortizolu a katecholaminů zůstanou stejné (tabulka 1).

Děti s vysokým indexem sociální anxiety nebo s behaviorální inhibicí, plachostí reagují odlišným způsobem na lidské tváře proti zdravým kontrolám. Mají narušenou schopnost rozpoznat rozdíly mezi mimicky vyjádřenou emocí. Nedokážou rozlišit výrazy neutrální a hněvivé. Obojí percipují jako ohrožující. V CNS se aktivuje amygdala, která hraje rozhodující úlohu ve vnímání **emočních výrazů** vztahujících se k ohrožení a nebezpečí – ke strachu a hněvu (4). Při behaviorální inhibici (plachosti) je možné zobrazovacími studiemi (pozitronovou emisní tomografií) zjistit specifickou interakci mezi amygdalou a gyrus fusiformis při expozici různých emočních výrazů (5).

Dle Dohenyové (6) je *exprese úzkostných poruch dána genetickou dispozicí a prožitkem stresu v rané kritické vývojové fázi*. Stresové situace jsou časná deprivace, zneužívání nebo malnutrice. Při další expozici stresovým situacím v životě dochází k narušení regulace hypotalamo-hypofyzo-nadledvinové osy a ke zmenšení objemu hipokampu.

Různorodé stresy jako časná deprivace, zneužívání nebo zanedbávání mohou významně ovlivnit vývoj dítěte a zvýšit riziko pozdější psychické poruchy – vznik úzkosti, deprese a poruch spojených se zneužíváním návykových látek. Obvykle tři až čtyřleté děti umí rozlišit hněv a strach, ale pro deprivované a jinak stresované děti jsou tyto emoce velmi podobné, a proto mají potíže v rozlišování hněvu, strachu a neutrálních sociálních situací. Neléčené úzkosti v dětství nejen zvyšují možnost vzniku úzkostné poruchy v dospělosti, ale u adolescentů zvyšují riziko zneužívání drog, deprese a suicidálních tendencí.

Familiární riziko úzkosti bylo možné identifikovat podle změny specifických genů ovlivňujících funkci hipokampu. Potvrdilo se, že úzkostný temperament se dědí – a to tak, že zvýšená aktivita v předním hipokampu byla geneticky

Tabulka 1. Biologické markery pro vznik neurotických poruch

Biologické markery u neinhibovaných dětí
stabilní tepová frekvence
akcelerace tepu při kognitivních úkolech bez zvýšení kortizolové hladiny v krvi a katecholaminů v moči
Biologické markery u dětí s behaviorální inhibicí při kognitivním úsilí
dilatace zornic zvýšená tenze v oblasti laryngu
zvýšená tepová frekvence
zvýšená hladina kortizolu ve slinách
zvýšená hladina katecholaminů v moči

spojena s úzkostnými temperamentovými rysy, kdežto zvýšená aktivita amygdaly dědičná nebyla. Výsledky naznačují rozdílný vliv genů a prostředí podle toho, které oblasti mozku se více podílejí na vzniku úzkostného temperamentu. Tím se nabízí nový pohled na genetické riziko úzkostných a depresivních poruch (7).

Hlavním rizikovým faktorem pro vznik anxiózních poruch v útlém dětství je „**málo bezpečný vztah**“ k matce (attachment). Bezpečná vazba (secure attachment) je vztahové chování dítěte a pečovatele, kdy dítě se snaží pláčem nebo úsměvem přivolat pečující osoby, které reagují poskytnutím péče hlazením, kolébáním, chováním, krmením, mluvením, zpíváním atd. Tím dávají dítěti pocit bezpečí a lásky. I když je pouto dítěte k matce instinktivní, přesto se na vzniku a způsobu attachmentu matka výrazně podílí. Charakter základní vazby přetrvává a dítě ji opakuje s dalšími důležitými osobami ve svém životě.

Úzkostné matky, které jsou nejisté ve své mateřské roli, mají strach z vlastních chyb a z kritiky okolí, začnou dítě nadměrně ochraňovat a kontrolovat a tím tlumit vlastní anxiету. Tento *overprotektivní přístup* dítě zúzkostňuje a infantilizuje.

Vyhýbavá a sociálně úzkostná porucha v dětství se vyskytuje v 2,5 %, obě mají vztah k sociální fobii a generalizované úzkostné poruše dospělých. Specifické fobie v dětství se vyskytují v 2,4 % všech úzkostných poruch. Dle DSM IV jsou fobická a sociální úzkostná porucha i generalizovaná úzkostná porucha v dětství diagnostikovány jako **sociální fobie** a součtem se udávané procento zvýší na 11–18 %.

Celoživotní prevalence sociální fobie je udávána mezi 3–13 %. Nejčastěji je začátek vzniku sociální fobie udáván mezi 11.–15. rokem a výskyt u chlapců a u dívek je stejný. Jsou udávány dva vrcholy nejvyššího výskytu 5 a 13 let s tím, že malé děti trpí několika strachy najednou a izolovaná sociální úzkost je vzácnější. Sociální fobie u menších dětí není tak častá, protože se vývojově teprve začínají formovat vztahy k druhým lidem, vrstevníkům a ke společnosti. U všech dětí je ale

zpočátku sociální interakce složitá a zatěžující. Je přiměřené, je-li přítomen určitý strach při sociální interakci, proto aby bylo možné projevy označit za poruchu, musí být úzkost nadměrná s výrazně narušenou společenskou komunikací.

U dětí musí být splněna podmínka, že dokáží navazovat přiměřený sociální kontakt se známými osobami z rodinného okruhu a úzkost se musí dostavovat nejen při styku s cizími dospělými osobami, ale musí zahrnovat i vrstevníky. Na rozdíl od dospělých si dítě nemusí uvědomovat nesmyslnost a nepřiměřenost svého strachu (8).

Na tom, zda se vytvoří nebo nevytvoří sociální fobie, se mimo základního vztahu k matce podílejí také temperamentové charakteristiky a ostatní vlivy, jako jsou různé traumatické události, úzkostná ochrannitelská (overprotektivní) výchova, výchova nejistými nebo úzkostlivými rodiči, faktory kognitivní a pak protektivní faktory jak ze strany dítěte, tak ze společnosti (např. podpora školy) a možnosti dosažitelných podpůrných systémů.

Vyhýbavá porucha se objevuje dříve než sociální fobie, i když později jsou jejich symptomy a behaviorální vzorce chování shodné. Obě poruchy jsou na jednom kontinuu, kde vyhýbání se neznámým osobám předchází strachu vyvolanému sociální situací (např. šikanováním) (9).

Diagnóza sociální fobie

Je obvykle stanovena na základě anamnézy a dle symptomů popisovaných rodiči, učiteli, vychovateli, při eventuálním doplnění dotazníkovými metodami. Dítě není schopno zabránit stresovým situacím, není schopno vysvětlit, proč se tak chová, a nerozumí tomu, proč se tak cítí.

Stejně jak u dospělých je sociální fobie dětí charakterizována strachem a vyhýbáním se cizím lidem, snahou omezovat styk se souvěkovci i ostatními lidmi a unikat ze sociálních kontaktů. Tyto příznaky vedou k narušení společenských aktivit (10) (tabulka 2 a 3).

V poslední době dochází k dramatickému nárůstu prevalence sociální fobie u dětí jed-

Tabulka 2. Příznaky sociální fobie u dětí

úzkost, pláč
úzkostné lpění na rodičích
vyhýbání se cizím, omezení styku se souvěkovci
odmítání verbální komunikace s cizími
poruchy spánku
somatizace úzkosti
emoční a afektivní labilita

nak sloučením několika úzkostných poruch, jednak zpřesněnou a zlepšenou diagnostikou. Během 10letého sledovaného časového úseku (1997–2007) asi 30 % dětí zůstalo úzkostných a u 50 % z nich vznikla další anxiózní porucha – to znamená, že kolem 15 % úzkostných dětí má více než jednu anxiózní poruchu.

Terapie

Léčba je vždy komplexní – psycho-, farmako-, socioterapeutická. Vytvoření léčebného plánu zahrnuje zpětnou vazbu a poučení rodičů o úzkosti specifické pro jejich dítě, konzultaci s pediatrem, školním psychologem a s vyučujícími.

Psychoterapie

Při navrhování psychoterapie u úzkostných dětí a adolescentů mají celosvětově prioritu dvě základní psychoterapeutické metody. Jde o **dynamickou psychoterapii** a **kognitivně-behaviorální** terapii v kombinaci – zvláště u menších dětí – s **rodinnou** terapií. Specifické úzkosti mají své přesně vymezené terapeutické postupy (např. při školní fobii rychlý návrat do školy, u specifické fobie symptomatickou desenzitizaci atd.). KBT je v naší literatuře podrobně popsána Praškem a spolupracovníky, ale u dětí je v praxi tato specifická terapie téměř nedostupná – chybí erudovaní dětské psychoterapeuty.

Farmakoterapie

Indikace farmakologické intervence u dětí a adolescentů je všude tam, kde anxiózní symptomy vyvolávají trvalé zhoršování výsledků ve škole, ztrátu komunikace s vrstevníky i v rodině, kompenzatorní rizikové chování (zvláště v adolescenci) a tam, kde selhává psychoterapeutické ovlivnění nebo naopak, kde je potřeba navázat psychoterapeutický kontakt. Zatím existuje jen minimum kontrolovaných studií cílených na léčbu sociální fobie u dětí a adolescentů. **Farmakoterapie patří do rukou pedopsychiatra**, protože mnoho léků musí být užito „off label“, tzn. že nemají stanovenou indikaci pro děti a jejich vedlejší účinky jsou nezanedbatelné. Používají se jak tricyklická anti-

Tabulka 3. Příznaky sociální fobie u školáků

odmítání docházky do školy
nechce se podílet na sportovních společenských aktivitách třídy, mluví málo nebo potichu
ve škole somatizuje a je učiteli poslán domů
nepřiměřená anxieta ze zkoušek, ze sociální interakce, z kritiky atd.
obavy ze sociálně nepřijatelného chování (z třesu, zvracení, z omdlení)
strach z použití veřejné toalety, strach ze stravování ve školní jídelně atd.
bez přátel, kamarádů s mladšími dětmi, snadná oběť šikany
věnuje nadměrné množství času počítačovým hrám

depresiva, tak antidepressiva ze skupiny SSRI, ojedinele inhibitory MAO, RIMA nebo léky ze skupiny benzodiazepinů a moderních anxiolytik. Léčba sociální fobie musí být dlouhodobá, má chronický, terapeuticky obtížně ovlivnitelný průběh s trváním mnoha let. Také výskyt komorbidních poruch je relativně vysoký, a to hlavně z okruhu depresivních poruch.

Přehled otevřených i kontrolovaných studií preparátů použitých k léčbě sociální fobie u dětí a adolescentů uvádí Drtílková (11).

Prognóza

Prognóza je dobrá, je-li včas stanovena diagnóza a užita vhodná léčba. Prognóza pro osoby s neléčenou sociální fobií je však špatná. Ve většině případů jsou tyto jedinci sociálně izolováni, se socioekonomickým statutem neodpovídajícím intelektovým schopnostem, s vysokým rizikem vzniku alkoholizmu, deprese a sebevražd.

Úkoly pedopsychiatra při vedení léčby anxiózních nezletilých

Terapeutický proces u dětí (včetně jejich rodičů) je hierarchicky strukturován, má specifické léčebné kroky (sekvence), jasné cílové úkoly a racionální vysvětlení jednotlivých intervencí. Terapie není tajemný, záhadný proces, i když se často odhalují tabuizovaná nebo mediálně vděčná témata. Edukace rodičů a pečovatelů s vysvětlením symptomů a terapeutických kroků po stanovení diagnózy by měla být prvořadá. Psychosociální podpora je stejně tak důležitá jako farmakologická intervence a často hraje v procesu uzdravování klíčovou roli.

Prvním úkolem ošetřujícího lékaře je navázání terapeutického kontaktu s dítětem nebo adolescentem. Téměř nikdy tyto pacienti nepřijdou sami, jsou k terapii nuceni, dotlačeni dospělými.

Druhým krokem je podání základních informací rodině za přítomnosti dítěte nebo adolescenta.

Třetím krokem je informace a vyžádání souhlasu s terapeutickými intervencemi. Při užití psychofarmak u dětských úzkostných poruch nutno sdělit, že jde o užití „off label“, ale že u mnohých

z nich je uvolněna preskripce pro děti a adolescenty při jiných diagnózách. Čtvrtým krokem je vysvětlení strategie farmakoterapie.

Pátým nezbytným krokem je vysvětlení, že druhou polovinou komplexní léčby je psychoterapie s rehabilitací, reedukací a resocializací, na které se musí podílet všechny „centrální“ osoby kolem nezletilého a pacient sám. Motivace k psychoterapii je klíčovou otázkou terciární prevence (2).

Článek doručen redakci: 5. 2. 2011

Článek přijat k publikaci: 8. 3. 2011

Literatura

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
2. Malá E. Úzkostné poruchy v dětství a adolescenci. Lékařské listy 2010; 10: 20–24.
3. Biederman J, Hirshfeld-Becker D, Rosenbaum J, et al. Further Evidence of Association Between Behavioral Inhibition and Social Anxiety in Children. Am J Psychiatry 2001; 158: 1673–1679.
4. Dolan RJ. Emotional Processing in the human brain revealed through functional neuroimaging. In: Gazzaniga M (Ed.). The New Cognitive Neurosciences Cambridge 2000; 1: 115–1131.
5. Jones J. Anxiety Linked to Brain Activity. The Journal of Neuroscience 2010; 30: 7466–7472.
6. Doheny K. Exploring the Link between Early Abuse and Emotional Problems. Psych Central News 2010; August 17.
7. Nauert R. Childhood Anxiety May Be Inherited. The Journal of Neuroscience 2010; 30: 7466–7472.
8. Beidel D. Psychopathology of Childhood Social Phobia. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1999; 38: 643–649.
9. Masia C, Morris T. Parental factors associated with social anxiety. Clin Psychology Sci Prac 1998; 5: 211–228.
10. Malá E. Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství. In: Höschl C, Libiger J, Švestka J. (Ed). Praha: Tigis 2004: 805–807.
11. Drtílková I. Sociální fobie (sociálně úzkostná porucha v dětství a adolescenci). Psychiatrie 2001; 2: 99–106.

doc. MUDr. Eva Malá, CSc.

Neurologická klinika, 1. LF UK a VFN
Kateřinská 30, 128 28 Praha 2
mala.e@volny.cz